Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Aetiologie und Symptomatologie der ascendierenden Verlaufsform der Paralyse.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrecht-Universität
zu Kiel

Vorgelegt von
Hayno Peters
aus Jever (Oldbg.)

Druck von C. H. Jebens, Kiel

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Aetiologie und Symptomatologie der ascendierenden Verlaufsform der Paralyse.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrecht-Universität
zu Kiel

Vorgelegt von
Hayno Peters
aus Jever (Oldbg.)

Druck von C. H. Jebens, Kiel

Nr. 148. Rektoratsjahr 1925/26.
Referent: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Klingmüller,
z. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0086

Von den Erkrankungen, die das Rückenmark betreffen, ist die Tabes dorsalis die häufigste; ihre wichtigste Komplikation ist die mit der progressiven Paralyse. Zwischen diesen Erkrankungen — den Nerven- bezw. Rückenmarkserkrankungen einerseits und den Geistesstörungen andererseits — bestehen, wenn sie auch in ihrem Wesen grundverschieden voneinander sind, mannigfache Beziehungen.

Die Tabes geht in der Regel in den Fällen, in denen ein Hinzutreten der Paralyse erwiesen ist, dem Ausbruch der Paralyse viele Jahre, ja Jahrzehnte, voraus; man nennt dies Stadium die ascendierende Verlaufsform der Paralyse oder Tabes-Paralyse.

Nach Nageotte ist die Paralyse in Zweidrittel, nach Binswanger in Einfünftel der Fälle von Tabes begleitet. Ausgeprägte Tabes kommt nach Torkel nur in 6%, nach Hirschl in 8,5% vor. Sehr oft tritt aber auch schon im frühesten Stadium der Tabes die Paralyse auf, ohne daß die Primärerkrankung entdeckt wird. In der Regel gehen jedoch die spinalen Symptome den cerebralen voraus.

Ob die diesem Namen zugrunde liegende Vorstellung' daß die Krankheit gewissermaßen vom Rückenmark zum Gehirn aufsteigt, richtig ist, erscheint nach Kräpelin ziemlich zweifelhaft. Es steht noch nicht einmal mit Sicherheit fest, ob die Tabes, die später mit paralytischen Störungen endigt, mit der gewöhnlichen Form der Rückenmarksschwindsucht wesensgleich ist. Da die Paralyse regelmäßig mit Rückenmarksveränderungen einhergeht, die sich bald mehr in den Hintersträngen, bald mehr in den Seitensträngen ausbreiten, so könnte die paralytische Hinterstrangerscheinung — nach Kraepelins Ansicht — recht wohl einmal die klinischen Zeichen der Tabes hervorbringen, ohne daß doch der Krankheitsvorgang in beiden Fällen derselbe wäre.

Besondere Beachtung verdient die Aetiologie beider Erkrankungen, deren nähere Kenntnis erst im letzten Jahrzehnt ergründet wurde. Vor einem Jahrhundert schon haben Bayle und Calmeil die Fälle von Geistesstörung mit Lähmungssymptomen und anatomischem Befund als besondere Krankheit bezeichnet. Jedoch blieb eine genaue Klärung und gründliche Erkennung des Zusammenhanges zwischen der Tabes und Paralyse einem viel späteren Zeitalter überlassen.

Erst die grundlegenden Arbeiten von C. Westphal in den 60er Jahren schaffen auf diesem Gebiet einige Klarheit. Er hat zum ersten Male die Unterschiede der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse hervorgehoben. Seit dieser Zeit nahm dies Gebiet mehr das Interesse der Forscher in Anspruch; Kirn, Krafft-Ebing, Tuczek, Obersteiner und Mendel seien in diesem Zusammenhang genannt.

Cassirer stellt 1903 auf Grund seiner Erfahrungen die unwidersprochene Behauptung auf, „daß das konstanteste aetiologische Moment die Lues sei." Von jetzt ab begann man allgemein auf diesen Gesichtspunkt besonderes Gewicht zu legen; allein die mikroskopischen und serologischen Untersuchungsmethoden ließen wegen ihrer Unzulänglichkeit lange Zeit noch den Satz unbewiesen.

Als zwei Jahre später Schaudinn die Spirochäta pallida als den Erreger der Syphilis entdeckte, konnte der Nachweis der Syphilisspirochaete in der Nervensubstanz noch nicht erbracht werden. Man stand damals auf dem Standpunkt, daß die Paralyse zwar keine syphilitische Erkrankung, wohl aber eine Nachkrankheit der Syphilis war; Möbius bezeichnete diesen Zustand als „Metasyphilis".

Gestützt auf die Hypothese der metaluetischen Giftwirkung, sprach Kraepelin von einer allgemeinen Stoffwechselstörung im Körper, bei der die Gehirnerkrankung wohl die wichtigste, aber doch eine Teilerkrankung nur bilden sollte.

Hoche dagegen legte seinen Ideen als allerdings damals noch zu beweisende Tatsache das lebensfähige syphilitische Virus im menschlichen Körper zugrunde und wies 1912 darauf hin, daß die exakte Untersuchung einst die lebende Spirille finden müsse.

Erst die epochemachende Erfindung Noguchis, das Auffinden der Spirochaeta pallida im Rückenmark und im Gehirn bei beiden Krankheitsformen, ließ die wahre Krankheitsursache erkennen und verschaffte dem heute geltenden Satze, daß die Urheberschaft der Tabes und Paralyse in der Mehrzahl der Fälle in der syphilitischen Infection durch die Spirochaeta pallida zu suchen sei, Recht und Geltung.

Zum Beweise mögen neuere Statistiken dienen, aus denen sich ergibt, daß etwa 70% der tabo-paralytischen Fälle — manche Autoren nehmen höhere Prozentsätze, bis 90% (Alzheimer) an — syphilogenen Charakters sind. Der positive Ausfall der

Wassermann-Reaktion, im Blut wie auch in der Zerebrospinalflüssigkeit, bestätigt diese Angaben.

Die nicht unter die Rubrik Lues fallenden Erkrankungen sind wahrscheinlich als abortive Formen der Lues, die wenig sinnfällige Symptome verursachten und daher der Wahrnehmung der Patienten entgingen, anzusehen. Sexuelle Ausschweifungen und Alkoholismus, die früher häufig als Krankheitsursache angegeben wurden, sind nur als krankheitsfördernd anzusehen und gelten gewissermaßen als Hilfsursachen. Zu diesen sind noch zu zählen: Schlechte soziale Verhältnisse, Nahrungssorgen, stark einwirkende physische Einflüsse, Überanstrengung im Dienst und eheliche Zerwürfnisse.

Eine noch zu erwähnende Seltenheit der nichtluetischen Aetiologie wäre noch die traumatische; nach schweren Wundverletzungen des Kopfes traten paralyse ähnliche Erscheinungen zutage, also in Fällen, wo mit Bestimmtheit Lues auszuschalten war; man bezeichnet diese Krankheitserscheinung aber besser nach Koeppen als „traumatische Pseudo-Paralyse".

Abgesehen von dem zuverlässigen Beweismittel der modernen klinischen Statistik erklären sich die Wechselbeziehungen zwischen Lues und Paralyse auch aus der Tatsache, daß vorzugsweise Angehörige solcher Stände, die oftmals Lues acquirieren, paralytisch werden, daß ferner bei paralytischen Ehefrauen eine Übertragung der Lues von seiten des Mannes vorherging, und fernerhin bei Infantilen meist hereditäre Lues vorliegt.

Wenden wir nun einmal unser Interesse dem psychischen Verhalten der an Tabo-Paralyse erkrankten Individuen zu. Wegen der nahen Verwandschaft und häufigen Verbindung der beiden Erkrankungen miteinander, könnte man die Frage aufwerfen, ob nicht alle bei der Tabes beobachteten Geistesstörungen die Anzeichen einer sich entwickelnden Paralyse sind; indessen lehrt die Erfahrung, daß diese Annahme nicht für alle Fälle zutreffend ist; man unterscheidet neben den ausgesprochenen paralytischen Erscheinungen in Begleitung der Tabes auch vereinzelt nicht-paralytische Psychosen, die in ihrer klinischen Form wie im Verlauf und Ausgang von ersteren verschieden sind. Besonders Siemerling und Moeli widmetem diesem Gesichtspunkt ihre Aufmerksamkeit, wozu ihnen das umfangreiche Material der Berliner Charité reichlich Gelegenheit bot. Die Zahl der nicht-paralytischen Krankheiten im Zusammenhang mit der Tabes dorsalis scheinen

aber sehr gering zu sein; nach Siemerling nur 0,3,% nach Mocli etwa 5%.

Im Anfangsstadium der Tabes werden geistige Störungen und Ausfallserscheinungen nicht bemerkt, vornehmlich nie eine Sprachstörung. Erst bei vorgeschrittener Erkrankung treten des öfteren leichte psychische Veränderungen auf, die der Umgebung des Kranken manchmal recht lange verborgen bleiben; leichte Gedächtnisschwäche, gesteigerte Ermüdbarkeit, besonders aber Änderungen des Gemüts fallen dem aufmerksamen Beobachter auf. Die Stimmung des Kranken ist recht mannigfach; manche sind hoffnungslos, niedergedrückt, trübsinnig; andere wieder gut gelaunt, zuversichtlich, leicht euphorisch gestimmt. Die eigentlich kennzeichnende Tabes-Psychose läßt die Kranken in ängstlicher, unruhiger Situation erscheinen; Stimmen werden gehört und andere Sinnestäuschungen wahrgenommen.

Beim weiteren Fortschreiten der Krankheit nimmt das psychische Krankheitsbild rein paralytische Formen an. Wenn auch die psychischen Veränderungen oftmals langsam und unauffällig vor sich gehen, so geht doch der Kranke mit steter Sicherheit einer vollkommenen Verblödung entgegen.

Der Grund für eine Einlieferung in eine geschlossene Ansialt ist gewöhnlich darin zu suchen, daß der Kranke plötzlich „geschäftliche Verkehrtheiten", Excesse in bacho et in venere begeht oder wegen asozialer Handlungsweise mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt kommt. Diese sinnfälligen Geschehnisse veranlassen dann die Angehörigen bezw. die Behörden den Erkrankten in Behandlung zu geben.

Die geistige Beobachtung dieser Leute ergibt, daß ihr Auffassungsvermögen und das Verständnis für äußere Eindrücke sowie für ihren Krankheitszustand immer mehr im Schwinden ist. Wieviele dieser bedauernswerten Kranken fühlen sich angeblich körperlich und seelisch wohl, wollen entlassen werden, und ihrer früheren Tätigkeit nachgehen und haben so gar keine Einsicht für die Schwere ihres Leidens! Bei komplizierten Denkvorgängen tritt die Intelligenzabnahme, Urteilslosigkeit, Gedächtnisstörung auffallend zum Vorschein; im Rechnen werden bald Fehler gemacht, hauptsächlich beim Subtrahieren.

Das ethische und aesthetische Gefühl geht immer mehr verloren; unpassende Redensarten, verlorengegangenes Anstandsgefühl sind schon im anfänglichen Stadium offensichtlich. Die

vielfach auftretenden Wahnideen sind Anzeichen tiefgreifender geistiger Schwäche; sie sind zusammenhangslos, schwachsinnig und leicht beeinflußbar. Riesenzahlen: Billionen, Quintillionen, unsinnige Superlative, Gott und Kaiser bilden häufig den Angelpunkt dieser Erzählungen. So sprach z. B. ein Kranker ein ganzes Jahr davon, er sei der Herr der Erde, der allerhöchste astronomische Beobachter, Prinz von Preußen, Urprinz von Europa, Hausdiener von Beruf, Kaiser von „Weltalles", letzter Schriftgelehrter, Butterhändler und Spion, Weltscharfrichter u.a.m.

Die immer mehr zunehmende Geistesschwäche geht schließlich in vollkommene Demenz und Verblödung über.

Die Stimmung ist dann bei solchen Kranken euphorisch-dement; in diesem Zustand sind sie nur noch rein vegetativ eingestellt; ihr einziges Interesse besteht gewöhnlich in der Befriedigung ihres meist guten Appetits. In vorgeschrittenen Stadien zeigt sich eine erhöhte Reizbarkeit, oftmals ein triebartiger Bewegungsdrang; die Kranken zerreißen ihr Bettzeug und ihre Kleidung; brüllen sinnlos herum, wenn sie schon nicht mehr sprechen können. Andererseits gibt es in diesem Stadium auch depressive Formen, stuporartige Zustände, bei denen die Kranken tagelang stumpf, blöd dahersitzen; sie reagieren auf nichts mehr und müssen zum Essen energisch angehalten werden. Bei Männern sind auch Fälle von „maniakalischen Erregungszuständen", richtigen Tobsuchtsanfällen, beschrieben worden, bei Frauen seltener.

Alle diese schweren psychischen Störungen resultieren letzten Endes aus dem chronischen Verlauf des Leidens. Es ist verständlich, wenn ein Patient infolge der immer wiederkehrenden Schmerzen, die oft „blitzartig" den Körper durchzucken, oft auch von lang anhaltender, bohrender und stechender Art sind, nicht nur körperlich, sondern auch seelisch zugrunde gerichtet wird. Die Psyche des Leidenden wird fernerhin auch durch die Funktionsstörungen der Blase, des Mastdarms und des Genitalapparates aufs schwerste erschüttert; Störungen der Harn- und Stuhlentleerung, Schwäche des Detrusor wie des Sphincter vesicae mit den Folgeerscheinuagen der Urinretention, des Residualharnes mit gewöhnlich anschließender Cystitis, Pyelonephritis zeigen sich häufig als tabische Frühsymptome.

Sensorische Störungen: Amblyopie, Einengung des Gesichtsfeldes, Farbensinnsstörungen bis zur vollkommenen Erblindung, ergänzen die klinischen Symptome. Pupillenveränderungen,

Pupillenträgheit bis zur völligen reflektorischen Pupillenstarre auf Lichteinfall (Argyll-Robertson'sches Phaenomen), Pupillendifferenz, „springende" Mydriasis, bei der bald die eine, bald die andere Pupille auffallend weit ist, Miosis—alles dies sind Anzeichen einer tabisch-paralytischen Erkrankung. Sie können schon jahrelang vor Ausbruch der abnormen psychischen Störungen auftreten.

Ferner sind zu den Frühsymptomen zu rechnen, die Erscheinungen, die wir beim tabischen wie paralytischen Symptomenkomplex antreffen, außer den bereits oben erwähnten „lanzinierenden" Schmerzen, Gürtelgefühl, Hyper- und Paraesthesien, Hyp- und Analgesien (Biernacki'sches Symptom!), Opticusatrophie, gastrische und andere Krisen.

Bei Paralytikern mit Sehnervenatrophie fand Kraepelin deutliche Gesichtstäuschungen, sodaß sie ihre Blindheit garnicht merkten. Täuschungen des Ohrs kommen nach Kraepelin etwas häufiger vor als die des Gesichts. Gefühlstäuschungen mit dem Wahn geheimnisvoller Beeinflußung werden mehrfach festgestellt; hier und da auch Geruchstäuschungen. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß echte Sinnestäuschungen bei der paralytischen Erkrankung verhältnismäßig selten auftreten, allerdings häufiger als man in früheren Jahren anzunehmen pflegte.

Trophische Störungen sind ein nicht seltenes Krankheitsbild. In erster Linie kommen hier die sogenannten Arthropathien, Gelenkergüsse mit deformierenden Veränderungen der Gelenke in Betracht. Ausgehen der Haare und Ausfall der Zähne sind beobachtete Begleiterscheinungen. Decubitus kommt nur im Endstadium vor.

Vorzugsweise auffällig sind die früher oder später auftretenden Motilitätsstörungen. Facialis-Lähmung findet sich manchmal vor, häufig das Verstrichensein der Nasolabialfalte. Auch die mimische Muskulatur der Kranken wird gelähmt; der Gesichtsausdruck ist dann charakteristisch. In einigen Fällen wurde „Paramimie" beobachtet, sodaß bei traurigem Affekt ein heiterer Gesichtsausdruck erschien und umgekehrt.

Abweichungen der Zunge nach rechts oder links findet man schon als Frühsymptome; aus dieser und anderen Störungen ergibt sich auch die Störung der Sprache.

Störungen der Schrift werden hervorgerufen durch auftretenden Tremor, mehr noch durch die Ataxie der Arme.

Die Ataxie macht sich gewöhnlich zunächst in den Beinen bemerkbar; der Gang wird breitspurig, schleudernd, stampfend; in etwa ein Drittel der Fälle typisch ataktisch.

Statische Ataxie (Romberg'sches Phaenomen) zeigt sich manchmal sehr deutlich im Verlauf der Krankheit; sie kann so stark sein, daß der zu Untersuchende beim Augenschluß Gefahr läuft, hinzustürzen.

Die Patellar- und Sehnenreflexe sind gesteigert, oder aber liegt, nach allmählicher Abnahme derselben, völliger Verlust der Reflexe vor. Patellar- und Fußklonus sind häufige Begleiterscheinungen. Das Fehlen dieser Reflexe beweist Unterbrechung des Reflexbogens im Rückenmark bei Ausschluß von peripheren Ursachen. Die Steigerung wird durch das Vorhandensein krankhafter Prozesse oberhalb des Reflexbogens hervorgerufen, Normalerweise stehen ja die Reflexe unter dem hemmenden Einfluß gewisser vom Großhirn ausgehenden Bahnen; sobald dieselben zerstört bezw. geschädigt werden, entsteht Steigerung der Reflexe.

Über die Anfälle der Tabes-Paralyse wäre noch zu berichten, daß sie in allen Krankheitsstadien vorkommen können vornehmlich spielen sie sich aber im sogenannten Höhestadium ab, aber noch oft kurz vor dem Tode. Tod im Anfall gehört nicht zu den Seltenheiten. Am häufigsten sind die Anfälle epileptiform, mit Erblaßen, Ohnmachts- und Schwindelgefühl, vorübergehender Verwirrtheit und Benommenheit oder aber apoplektiform mit halbseitigen Ausfallserscheinungen, Sprach- und Sehstörungen einhergehend. Den epileptiformen Anfällen sind die der erworbenen Migräne und der heftigen Kopfwehanfälle der Paralytiker anzureihen.

Bei der Mannigfaltigkeit der verschiedenen klinischen Symptome sei mir zusammenfassend gestattet, eine Äußerung Kraepelins wiederzugeben, welche besagt,: „In klinischer Beziehung ist mir aufgefallen, daß sich bei der ascendierenden Paralyse die tabischen Zeichen wesentlich auf Fehlen der Sehnen-Reflexe, Miosis, reflektorische Pupillenstarre und Sehnervenatrophie zu beschränken pflegen, während die übrigen Störungen, namentlich auch die schwere Ataxie der Beine, das Schleudern, entweder ganz fehlen oder doch weit schwächer entwickelt zu sein pflegen, als bei der gewöhnlichen Tabes."

Bevor ich zu der Besprechung der mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling

überlassenen Krankheitsfälle übergehe, möchte ich noch ein kurzes, allgemeines Wort über die Prognosestellung bei Tabo-Paralyse sprechen.

Die Aussicht auf eine völlige Ausheilung der Tabes allein oder auch in Begleitung mit der Dementia paralytica im Sinne des Schwindens der Pupillenstarre und der Wiederkehr der Patellarreflexe besteht nicht; die Prognose für die Heilung ist also ungünstig und der Tod als Folge unvermeidlich. Zwar können die Verlaufsformen der Krankheit Unterbrechungen erleiden, eine gewisse Beruhigung kann eintreten, doch sind diese „Remissionen" gewöhnlich nur von kurzer Dauer. Ein Stillstand der Krankheit ist über mehrere Jahre verschiedentlich nachgewiesen.

Diese traurigen prognostischen Resultate kann bis heute leider die therapeutische Behandlung nicht bessern. Jodkali- und Arsenkuren weisen keinen nennenswerten Nutzen auf; intravenöse oder intralumbale Salvarsan-Injektionen werden empfohlen, sofern es der Kräftezustand erlaubt. Die moderne Therapie hat mit Tuberculin-Injektionen und künstlicher Malaria-Infektion Heilung zu bringen versucht; ein sicherer Heilungsbeweis dürfte wohl noch nicht erbracht sein.

Im Anschluß an diese Ausführungen gestatte ich mir zwei Krankengeschichten anzuführen, die die Verlaufsform der Tabo-Paralyse wiedergeben.

Krankengeschichte 1.

M. M. 58 Jahre alt, Arbeiter.

Kommt am 5. Mai 1924 zu Fuß in die Klinik, vom Stiefsohn gebracht.

Autoanamnese:

Krank sei er nicht. Er sei bloß ganz zittrig, Hände und Beine klapperten rum. Zähne seien ausgebrochen. Das käme vom Salvarsan, das er von seinem Hausarzt bekommen habe im November vorigen Jahres.

Seit November vorigen Jahres sei auch die Sprache schlechter geworden, bis dahin habe er als Zimmermann auf der Howaldt-Werft gearbeitet. Seitdem arbeitslos, fühle sich auch zur Arbeit zu schwach, „stempele". Über sein Gedächtnis befragt, sagt Patient: Wenn ich Zeitung gelesen habe, kann ich nichts behalten.

Lesen kann er noch mit der Brille; keine Doppelbilder; schreiben nicht mehr wegen Zittrigkeit seit einem halben Jahr.

Appetit gut, Stuhl angehalten, Wasserlassen in Ordnung. Gang unsicher; falle auf der Straße, wenn es glatt sei; stoße auf Treppen mit den Knien gegen die Stufen. Verkehrtheiten angeblich nicht gemacht.

Eltern schon lange tot; Vater früher an unbekannter Ursache, Mutter später an Schlaganfall gestorben. Eine jüngere Schwester plötzlich gestorben, woran unbekannt, gut 30 Jahre alt. Eine ältere Schwester in Ostpreußen, keine Verbindung. Patient war ältestes Kind; Dorfschule besucht, habe gut lernen können. Nach Schulentlassung Schweine gefüttert, später Kutscher, dann Bau- bezw. Werftarbeiter in Hamburg, Harburg, Kiel. Hier über 20 Jahre. Heiratete vor 30 Jahren Witwe mit 5 Kindern; keine eigenen Kinder. Frau liege hier in Chirurgischer Klinik, sei schon acht Monate krank im Leib.

Patient hat nicht aktiv gedient; warum weiß er nicht. Hatte viel an Rheumatismus zu leiden; vor einigen Jahren Unfall auf Werft. (Quetschung des Unterschenkels durch Eisenstück). Sonst nicht krank; nie geschlechtskrank. Nicht viel im Leben getrunken; viel geraucht, in letzter Zeit nicht mehr.

(Wo hier?) Krankenhaus. (Welches?) ? (Stadt?) Kiel.
(Tag?) 5. August——nicht August——Mai.
(Wochentag? Mittwoch (falsch). (Jahr?) 1924.
(5×3?) richtig. (7×9?) 56. (8×7?) 49.
(26+4?) richtig. (47+5?) 32.
27—8?) Wie ist das zu rechnen (lacht blöde)
(6,3,1,4) 3,1,4. (6,3,1,4) 6,3.4.
(Sonnenaufgang?) Sonne geht auf—na, was soll ich sagen?
(Hauptstadt von Schleswig-Holstein?) Das muß Kiel sein.
(Wie groß Kiel?) Das kann ich nicht sagen.
(ungefähr?) „etliche Millionen".
(? Fluß Hamburg?) Am Kanal.
(?Deutsche Flüsse?) Memel und——weiter weiß ich nicht.
(Woraus Butter?) richtig. (Woher Wolle?) richtig.
(Himmelsrichtungen?) Osten, Westen, Süden, und Mittag.
(Unterschied Fluß:Teich?) Ne,.... ja, der Fluß ist größer. wie der Teich.
(Gegenstände: Löscher, Lampe, Bleistift, Tintenfaß, Kalender, Aschenbecher) werden richtig erkannt.

Psychisch: Über Person leidlich, über Ort und Zeit schlecht orientiert. Stimmung stumpf-behaglich; ruhig, gibt langsam willig Auskunft. Auffassung gehemmt. Urteils- und Merkfähigkeit mangelhaft. Starke Intelligenzdefekte.

Somatisch:

Größe: 1,65 cm. Gewicht: 61,5 kg. Temperatur: 36,8°.

Urin: kein Eiweiß, keine Cylinder; Reaktion sauer.

Blutdruck nach Riva-Rocci: 132/59 mm Hg. Beim Ausziehen recht unbeholfen, mittelkräftig gebaut. Mäßig ernährt, frische Gesichtsfarbe, sichtbare Schleimhäute genügend durchblutet. Haltung gebückt, Gang ziemlich steifbeinig, Ohrenläppchen angewachsen. Kyphose der Brustwirbelsäule, Aknepusteln auf dem Rücken. Auf der Beugeseite des linken Unterarmes 10 cm lange gebogene reaktionslose Narben, von Stich herrührend. Stirn in Falten, Gesichtsausdruck stumpf.

Schädel: nicht klopf- und druckempfindlich.

Maße: 16:19:57 1/2, keine Druckpunkte.

Pupillen: mittelweit, gleichweitentrundet.

Reflex auf Licht und Einwärtssehen: fehlt.

Leichte Ptosis bds., häufiger Lidschlag.

Augenbewegungen: frei.

Conjunctivalreflex: fehlt.

Cornealreflex: vorhanden.

rechte Nasolabialfalte leicht verstrichen;

rechter Mundwinkel etwas tiefer. Facialis sonst ohne Befund,

Hypoglossus: Bei der Aufforderung, die Zunge herauszustrecken stößt er mit dieser dauernd gegen die rechte Wangenschleimhaut, versucht sie dann mit der rechten Hand herauszuziehen, was ihm mißlingt.

Zunge belegt, zittert. Würgreflex: lebhaft.

Gaumenbögen: Gleichmäßig gehoben.

Zähne: ziemlich defekt unten.

Sprache: hochgradig artikulatorisch gestört; deutliches Wetterleuchten.

Mechanische Muskelerregbarkeit: lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten: deutlich

Bauchdecken- und Kremasterreflex: vorhanden.

Obere Extremitäten: Kraft scheinbar rechts besser. Reflexe lebhaft.

Keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme.

Mittelschlägiger Tremor manuum.

Finger-Nasenversuch: zittrig, sonst sicher.

Untere Extremitäten: Tonus, Kraft scheinbar ohne Besonderheiten.

Kniephaenomene: fehlen; kein Patellarklonus.

Achilles: fehlt, kein Fußklonus. Zehen plantar.

Babinski: negativ Oppenheim: negativ Lasègue: negativ.

Knie-Hackenversuch: leicht unsicher.

Romberg: leichtes Schwanken, lebhaftes Lidflattern

Sensibilität: wegen der vorgeschrittenen Demenz nicht zu prüfen, Berührung ânscheinend empfunden.

Innere Organe: Über den Lungen gleichlauter Klopfschall. Diffus-bronchiale Geräusche; untere Grenzen leidlich verschieblich.

Herz: nach links etwas verbreitert. 1. Ton über der Aorta etwas betont, 2. Ton über der Spitze betont.

Puls: 80, mittel, gleich- und regelmäßig.

Leib: vorgetrieben, weich, nirgend druckempfindlich.

Leber, Milz: nicht nachweislich vergrößert.

Augenbefund: (nach Prof. Oloff).

bds. Lidspalten ziemlich eng, links enger als rechts.

Keine deutlich Reaktion auf Licht; auf Convergenz: schwer zu prüfen.

Pupillen bds. entrundet: sonst o. B. Lumbalpunktion:

Zellen 70/3 Wassermann-R.: positiv. Druck: 110

Nonne: positiv, Pandy: positiv, Wass.-R. auch im Blut positiv.

15.V.: Stimmung wechselnd. Meist stumpf-euphorisch, gelegentlich mißgestimmt, weil er nach Hause möchte. Appetit, gut, Schlaf desgleichen; braucht vereinzelt Schlafmittel, wenn er unruhig wird. Dement.

18. VI.: Meist stumpf im Bett; gelegentlich versucht er laut und unverständlich zu schimpfen. Warf nach Wärter, der ihm die Pantoffel fortnahm, mit der Klosettbürste. Dement-euphorisch.

26. VI.: Schmutzt in letzter Zeit oft ein: schmiert viel.

10.VII.: Stumpf-behaglich, ganz dement; schmiert, Appetit gut.

13. VIII.: Nach Neustadt in Holstein überführt.

Dieser Fall zeigt in typischer Weise den tabischen und paralytischen Symptomenkomplex an; somatisch die Pupillenerscheinung, das Zittern der Zunge, die Unmöglichkeit, sie heraus-

zustrecken, Tremor der Hände, Romberg sowie vollständiger Verlust der Sehnenreflexe. Dazu das übliche psychische Bild der Desorientiertheit über Ort und Zeit, des gehemmten Auffassungsvermögen sowie der starken Intelligenzabnahme.

Gleichzeitig finden wir wachsende Unreinlichkeit, die teils in Sphincter-Lähmung, teils in Folgen der Demenz ihre Begründung finden mag.

Auffallend ist noch in der Anamnese die Klage des Patienten, über häufige Rheumatismusbeschwerden; mit großer Sicherheit sind dieselben wohl als tabische Krankheitserscheinungen aufzufassen. Das klassische Symptomentrias: reflektorische Pupillenstarre; Fehlen der Sehnenreflexe und Gliederschmerzen, die in diesem Fall weniger ausgeprägt zu sein scheinen, oder aber wegen der erheblichen Demenz des Patienten nicht klar zum Ausdruck gekommen sind, im Verein mit den psychischen Störungen, läßt an der Diagnose der tabo-paralytischen Erkrankung nicht zweifeln.

Krankengeschichte 2.

G. Z., 46 Jahre alt, Heizer.

Vorgeschichte: 14. XI. 1921: Wegen Asthma und Lues III. Ende 1919 in der Medizinischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses in Behandlung.

Von der luetischen Infektion weiß Patient nichts; jedesmal im Winter setzten Beklemmungen, Atemnot ein. Jetzt seit 3 bis 4 Wochen. Im letzten Vierteljahr Gewichtsabnahme. Reißende Schmerzen von der Lende, in beide Beine ausstrahlend. auch im Rücken. Ab und zu unwillkürlicher Urinabgang, besonders nachts. Starkes Drängen am After; vor zwei Monaten starker Rheumatismus, sodaß Patient nicht stehen konnte.

9. IV. 1923.: Jetzt seit 3 Wochen mehrmals am Tage Durchfälle und Schmerzen in der Magengegend, unmittelbar nach dem Essen. Kein Erbrechen, Patient konnte alle Speisen vertragen. Vor drei Wochen sah der Stuhlgang drei Tage lang tief schwarz aus. Frisches Blut war nicht sichtbar. Außerdem Rückenschmerzen beim Stuhlgang. Die Schmerzen strahlen in die Beine aus; es sind schießende Schmerzen,

13. XII. 23.: Seit vier Wochen Durchfälle bis 6 mal am Tage, dabei gearbeitet. Gestern bei der Arbeit umgefallen. Braucht nur selten, dann aber eimerweise Wasser zu lassen.

Auszug aus dem klinischen Journal der psychiatrischen Abteilung in Altona:

Angaben der Frau: Patient ist am 23. April 23 aus der medizinischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses entlassen worden. Die letzte Zeit, häufig nachts, sehr unruhig; irrt umher: gibt an, er werde verfolgt, solle erschossen werden.

Nervensystem: Pupillen: reagieren nur wenig auf Licht, besser auf Convergenz.

Vorderarmreflex: vorhanden. Patellarreflex: fehlt.

Achilles: vorhanden. Babinski: nicht vorhanden.

Bauchdeckenreflex: vorhanden. Romberg: nicht vorhanden.

Die Blase ist gefüllt bis zum Nabel.

1. VI. Patient ist tagsüber ruhig, Nahrungsaufnahme teilweise gering, Muß alle zwei Tage katheterisiert werden. Nachts unruhig, geht aus dem Bett, läuft planlos umher.

5. VI.: Nachts sehr unruhig, will nicht im Bett bleiben, hat spontan Urin gelassen.

16. VI.: Läßt Kot und Urin unter sich, schmiert mit den Ausleerungen. Über Zeit desorientiert: 1918. Starker Merkfähigkeitsdefekt. Rechnen gelingt nur das kleine Einmaleins.

26. VI.: Dasselbe Verhalten; läst unter sich, schmiert ein.

Kennen Sie mich? Ja. Wer bin ich? Wärter.

Wo sind wir hier? Altonaer Krankenhaus.

Welchen Tag haben wir heute? Das kann ich nicht sagen.

Welchen Monat? Juni. Welches Jahr? 1924.

Seit wann sind Sie hier? seit acht Tagen.

Sind Sie krank? Ja.

Weshalb sind Sie hier? Ich weiß nicht, wer mich hierher gebracht hat.

Ist irgend etwas mit Ihnen vorgefallen? Mit mir ist nichts vorgefallen.

Hören Sie Stimmen? Nein. Sehen Sie Gestalten? Nein.

Am 28. VI. Verlegung von der Psychiatrischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses — er soll dort unruhig gewesen sein — nach der Psychiatrischen Klinik in Kiel.

Befund: Größe: 170 cm; Gewicht: 50 kg; Temperatur: 36,6°. Puls: 76.

Urin: Eiweiß: 3/4 pro Mille positiv. Reaktion sauer.

Patient im mittleren Ernährungs- und Kräftezustand.

Schleimhäute mäßig durchblutet.

Schädel: nicht druck- und klopfempfindlich. Über dem knöchernen Infraorbitalrand rechts zwei 2 cm-lange lineare, mit dem Knochen nicht verwachsene, reaktionslose Narben.

Maße: $15:18^1/_2:55^1/_2$.

Pupillen: mittelweit, rechts kleiner als links; z. Zt. beide etwas entrundet.

Reflexe auf Licht: nicht vorhanden;

Reflexe auf Convergenz: spurweise angedeutet.

Augenbewegungen: frei; kein Nystagmus.

Trigeminus: Spur druckempfindlich. Facialis: o. B.

Hypoglossus: Zunge zittert grobschlägig; kein belegtes Gaumensegel; gleichmäßig gehoben. Zähne gut erhalten.

Bei Paradigmata deutliche Artikulationsstörungen.

Obere Extremitäten: Keine Tonusanomalie. Am rechten Arm Tätowierung.

Mechanische Muskelerregbarkeit: lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten: schwach angedeutet.

Reflexe bds. gleich lebhaft. Tremor manuum nicht vorhanden.

Finger-Nasenversuch: links vorbeifahrend.

Bauchdecken-Reflex: bds. vorhanden, lebhaft.

Kremasterreflex: desgleichen.

Untere Extremitäten: Kniephaenomen trotz Jendrassik nicht auslösbar. Achilles: fehlt bds.

Babinski: nicht vorhanden; starke Abwehrbewegungen, sämtliche Zehen gehen dorsal. Schlaffer Tonus.

Sensibilität: Tastempfindung, wahrscheinlich wegen Demenz schlecht lokalisiert. Spitz und stumpf, besonders an den Unterschenkeln undeutlich unterschieden.

Innere Organe: Brustkorb rechts 3 Querfinger breit, rechts neben dem Sternalband hervorgetrieben; links vom Brustbein sind die Rippenbögen, besonders an der unteren Partie, eingesunken.

Herz: Töne leise, etwas klappender zweiter Aortenton, Aktion ziemlich langsam, regelmäßig und sonderlich kräftig.

Über beiden Lungen etwas hypersonorer Klopfschall, keine Dämpfung; untere Grenzen sind wenig verschiedlich. Überall über beiden Lungen vorne und hinten Giemen und Brummen.

Leib wenig aufgetrieben, weich. Keine Druckempfindlichkeit. Blase steht drei Querfinger unterhalb des Nabels.

25.VI.: Recht blöde in seinem Benehmen und in seinen Antworten. Läßt bei den einfachsten Fragen im Stich, schmutzt ein. Eine Intelligenzprüfung läßi sich bei ihm zur Zeit nicht vornehmen, da er außerordentlich einsilbig-blöd ist.

24. VI.: Ißt kaum; spuckt das Wenige, was er ißt, noch wieder aus; hält sich unsauber. Liegt in gleichmäßig dementer Stellung im Bett; gibt heute auf Befragen überhaupt keinerlei Auskunft; guckt einen nur ängstlich, ratlos an.

26. VI.: Lumbalpunktion.

Druck: normal. Nonne: positiv. Zelle: 78/3. Pandy: positiv. Wassermann-R. positiv, im Blut negativ.

2. VII.: Stumpf-dement im Bett. Augenbefund nach Prof. Oloff:

Pupillen: bds. stecknadelkopfgroß. Rechte Pupille etwas entrundet.

Reaktion auf Lichteinfall: nicht vorhanden.

Reaktion auf Convergenz: positiv.

An Schläfenseite des rechten Hornhautrandes kleines Infiltrat.

10. VII.: Überführt nach Neustadt.

Schwere Komplikationen erweitern das Krankheitsbild dieses Patienten. Die erheblichen Störungen der Magen- und Darmtätigkeit verschlimmern den Zustand des Kranken so, daß eine bedeutende Gewichtsabnahme zu verzeichnen ist. Bei dem weit vorgeschrittenen Krankheitszustand sind die bei der Tabes oftmals auftretenden Magenkrisen, die in Anfällen von heftigen Magenschmerzen und Erbrechen bestehen, das tagelang andauern und plötzlich wieder verschwinden kann, desgleichen die in ähnlicher Weise in Form von Leibschmerzen mit oder ohne Diarrhöen auftretenden Darmkrisen wohl auszuschalten; diese schwere Störungen sind vielmehr als Lähmungserscheinungen zu deuten.

Blasenatonie mit Urinretention ist eine weitere üble Komplikation.

Wie verschieden die Intensität der Schmerzen sein kann, zeigt im Gegensatz zum ersten Krankheitsfall dieser Patient; außerordentlich heftige, geradezu überwältigende Schmerzen, die in die Beine und Rücken ausstrahlen, peinigten ihn.

Die psychischen Störungen werden erst nach längerem Krankheitszustand offenkundig; nächtliche Unruhezustände, plan-

loses Umherirren, gespaart mit Verfolgungsideen sind die ersten wahrgenommenen Veränderungen. Zunehmende Geistesschwäche bis zur völligen Demenz bei der weiteren Krankheitsentwicklung charakterisiert auch hier das Krankheitsbild.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung der Fälle sowie für die Durchsicht der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Binswanger und Siemerling:	Lehrbuch der Psychiatrie.
Cassirer:	Tabes und Psychose (Klinische Studie)
v. Domarus:	Grundriß der inneren Medizin.
Kraepelin:	Die klinische Psychiatrie, 1. und 2. Teil.
„	Einführung in die psychiatrische Klinik.
Mehring-Krehl:	Lehrbuch der inneren Medizin. Teil 2.
Noguchi:	Studien über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis. (M.M.W. 1913 Nr. 14).
Oppenheim:	Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Weygandt:	Atlas und Grundriß der Psychiatrie.

Lebenslauf.

Am 10. Juni 1901 wurde ich als Sohn des Medizinalrates Dr. Peters zu Jever in Oldenburg geboren. Ich bin evangelischer Konfession.

Ich besuchte das humanistische Gymnasium meiner Vaterstadt und bestand Ostern 1920 am Gymnasium zu Bremen meine Reifeprüfung. Darauf studierte ich 5 Semester auf der Universität zu Marburg, machte dort zu Ende des Sommersemesters 1922 meine ärztliche Vorprüfung. Meine Studien setzte ich in Freiburg fort und ging darauf Sommer- und Wintersemester 1923 nach Kiel. Ein weiteres Semester studierte ich in München. Im Wintersemester 1924 kehrte ich wieder nach Kiel zur Beendigung meines Studiums zurück.